

**Les Hématomes Spontanés
des Grands Droits de l'Abdomen**
Étude Analytique - Essai sur leur diagnostic

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le 18 Mars 1937

pour obtenir le grade de

DOCTEUR en MÉDECINE

par

DESAUX Jacques

né à Paris, le 21 Décembre 1905

Examineurs de la Thèse :	{	MM. BINET, Professeur	Président
		MICHEL, Professeur	Juges
		DROUET, agrégé	
		BODART, agrégé	

**Le candidat devra répondre aux questions qui lui seront posées
sur les diverses parties de l'enseignement médical**

Les Hématomes Spontanés des Grands Droits de l'Abdomen

Étude Analytique - Essai sur leur diagnostic

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le 18 Mars 1937

pour obtenir le grade de

DOCTEUR en MÉDECINE

par

DESAUX Jacques

né à Paris, le 21 Décembre 1905

Examineurs de la Thèse :

{	MM. BINET, Professeur	Président
	MICHEL, Professeur	{ Juges
	DROUET, agrégé	
	BODART, agrégé	

Le candidat devra répondre aux questions qui lui seront posées
sur les diverses parties de l'enseignement médical

NANCY
IMPRIMERIE V. IDOUX
3, Rue du Général-Drouot
1937

Université de Nancy - Faculté de Médecine

Doyen : M. L. SPILLMANN, O , I 

Professeurs honoraires : MM. NICOLAS, , I ; WEISS, O , I ;
BOUIN, O , I ; ANCEL, , I ; GARNIER, , I ; MACÉ, , I ;
P. PARISOT, O , I ; DUFOUR, , I .

PROFESSEURS :

Anatomie pathologique	M. L. HOCHÉ, O  , I 
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées.	M. L. SPILLMANN, O  , I 
Clinique de chirurgie infantile et d'orthopédie.	M. FRELICH,  , I 
Physiologie	M. M. LAMBERT,  , I 
Clinique obstétricale et Accouchements	M. A. FRUHNHOLZ, O  , I 
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	M. P. JACQUES,  , I 
Clinique de chirurgie urinaire	M. P. ANDRÉ,  , I 
Histologie	M. R. COLLIN,  , I 
Anatomie descriptive	M. M. LUCIEN,  , I 
Clinique chirurgicale	M. G. MICHEL,  , I 
Clinique médicale	M. L. RICHON,  , I 
Chimie médicale	M. H. ROBERT,  , I 
Clinique médicale	M. M. PERRIN,  , I 
Hygiène et médecine préventive	M. J. PARISOT, C  , I 
Clinique chirurgicale	M. HAMANT,  , I 
Clinique ophtalmologique	M. P. JEANDELIZE,  , I 
Hydrologie	M. SANTENOISE,  , I  , A  , 
Clinique des maladies des enfants	M. L. CAUSSADE,  , I 
Bactériologie et parasitologie médicale	M. DE LAVERGNE,  , I 
Thérapeutique	M. SIMONIN, I 
Professeurs sans chaire	(M. L. JOB,  , I  M. WATRIN,  , I  M. BINET,  , I 

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES :

Clinique des maladies tuberculeuses	(M. ABEL,  , I  , agrégé M. P. SIMONIN, I  , prof.
Pathologie générale	M. DROUET, I  , agrégé.
Clinique gynécologique	M. A. BINET,  , I  , agrégé libre
Pathologie externe	M. GUILLEMIN, A  , agrégé
Clinique des maladies contagieuses	M. DE LAVERGNE,  , I  , professeur
Clinique des vieillards	M. DROUET, I  , agrégé.
Propédeutique dermatologique	M. WATRIN,  , I  , prof. s. chaire
Médecine opératoire	M. M. BARTHÉLEMY,  , I  , ag. l.
Electrothérapie et radiologie	M. G. LAMY,  , I  , ch. du c., ag. l.
Accouchements (cours théorique)	M. JOB,  , I  , prof. sans chaire
Obstétrique	M. VERMELIN,  , I  , agrégé
Clinique propédeutique médicale	M. KISSEL, agrégé.
Anatomie et Médecine légale	M. MUTEL,  , I  , agrégé
Pathologie interne	M. ABEL,  , I  , agrégé
Clinique des maladies mentales	M. HAMEL,  , docteur
Education physique (1)	M. L. MERKLEN, A  , agrégé
Physiologie du travail	M. L. MERKLEN, A  , agrégé
Clinique neurologique (1)	M. MICHON, docteur
Propédeutique O.-R.-L. (1)	M. AUBRIOT, docteur
Parasitologie	M. DOMBRAY, docteur

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM. MERKLEN, A 
FLORENTIN, A 
BODART
CHALNOT
WOLFF, A 

MM. POURSINES
MELNOTTE, O 
MUTEL, , I 
VERMELIN, , A

MM. GUILLEMIN, A 
ABEL, , I 
DROUET, A 
KISSEL.

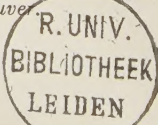
AGRÉGÉS LIBRES :

MM. G. GROSS, , I ; S. RÉMY, I ; BUSQUET, I ;
BARTHÉLEMY, , I ; LAMY, , I 

M. E. TRIBOLET, I , Secrétaire

(1) Fondation de l'Université.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les imputer.



SERMENT D'HIPPOCRATE

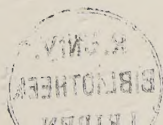
EN présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'Etre suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.

Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis resté fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
M. LE PROFESSEUR BINET
Chevalier de la Légion d'Honneur

*Nous le remercions pour le
très grand honneur qu'il nous
fait en acceptant de présider
notre thèse et nous tenons à lui
exprimer l'hommage très respec-
tueux de notre reconnaissance.*

A MES JUGES :

A LA MÉMOIRE DE MON MAÎTRE
M. LE PROFESSEUR GASTON MICHEL

*Qu'une mort brutale vient
d'enlever à notre affection et qui
nous a témoigné jusqu'à la fin sa
sympathie la plus affectueuse en
soutenant et en nous aidant de
toute sa haute autorité.*

*Que ce modeste travail soit
pour les siens l'expression de
notre plus sincère reconnais-
sance.*

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ DROUET

*Nous lui témoignons notre
profonde gratitude pour la bien-
veillance qu'il nous a réservée
dans son service à nous procurer
les renseignements, nous ayant
aidé à ce travail.*

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ BODART

A MON EXCELLENT CAMARADE

JACQUES PHILIPPE

Interne provisoire des Hôpitaux

*En souvenir de la sincère amitié
qui nous lie depuis de longues
années.*

INTRODUCTION

L'hématome du muscle grand droit de l'abdomen est un épanchement sanguin qui se produit dans la gaine de ce muscle — hématome pré musculaire si l'épanchement est superficiel, hématome rétro-musculaire ou profond si l'épanchement est situé en arrière du muscle. — Cet hématome est traumatique ou spontané.

A. *Traumatique* : Il survient

1° A la suite d'un choc direct sur le muscle : coup de pied de cheval, traumatismes divers avec ou sans plaie des téguments.

2° A la suite d'un traumatisme opératoire : Bonnet et Michon, élèves du Professeur Tixier, signalent cette complication assez peu fréquente d'ailleurs au cours de l'incision latérale basse de Pfannenstiel pour laparotomie.

3° A la suite d'un effort musculaire violent :

soit exercices d'équitation (Cathelin).

soit exercices de saut (Pochhammer).

B. *Spontané* :

L'hématome ne survient pas à la suite d'un traumatisme important — c'est le plus souvent un effort musculaire bénin, physiologique qui est à l'origine de l'hémorragie : toux, éternement, mouvement habituel.

Bien que l'hématome traumatique du grand droit présente parfois un intéressant problème, diagnostic surtout :

— L'hématome post-opératoire qui se développe généralement dans le 3^e septennaire, alors que tout paraît aller au mieux pour la malade, fait penser le plus souvent à une complication péritonéale infectieuse : Température, vomissements, constipation, contracture de la paroi. (Bonnet et Michon).

— Dans les plaies non pénétrantes de l'abdomen l'épanchement sanguin siégeant dans les couches les plus profondes de la paroi abdominale, au contact de la face externe du péritoine, peut-être une cause d'irritation péritonéale (Hartmann) ; ainsi s'expliquent les syndrômes péritonéaux de ces plaies non pénétrantes (9 observations de Jean Quénu).

C'est l'hématome spontané du grand droit que nous aurons uniquement en vue dans notre thèse.

Un travail sur les hématomes spontanés du grand droit de l'abdomen n'est pas une chose très nouvelle — l'étiologie, la pathogénie, la symptologie même ainsi que le traitement de ces hémorragies intra-pariétales furent très étudiés et mis au point par de nombreux auteurs. Mais une chose nous a frappé plus particulièrement en étudiant cette question, c'est la difficulté du diagnostic de cette affection ; si en effet d'assez nombreuses observa-

tions sont signalées dans la presse médicale de tous les pays, c'est très exceptionnellement que la nature de la lésion en cause fut dépistée ou même seulement soupçonnée avant l'intervention chirurgicale ou la constatation nécropsique.

Sur 75 observations détaillées que nous avons pu consulter, 12 fois seulement, soit dans 16 % des cas environ, le diagnostic exact fut posé, dans 84 % des cas le diagnostic était erroné — les 3 observations inédites que nous venons au débat représentent 2 erreurs d'interprétation : une fois l'hématome du grand Droit fut reconnu.

Pourquoi cette carence de la clinique ?

Est-il donc si difficile de porter un diagnostic exact d'hématome spontané du grand droit ?

Quels sont les signes qui permettraient sinon d'être absolu sur ce point, tout au moins de serrer le diagnostic de près ?

Telle sont les questions que dans ce modeste travail nous essayerons plus spécialement de résoudre après avoir passé en revue dans une synthèse rapide l'essentiel sur la question des hématomes spontanés des grands droits de l'abdomen.

Nous divisons notre travail ainsi :

I. Rappel anatomique et physiologique sur les grands droits de l'abdomen.

II. Anatomie Pathologique.

III. Etiologie.

IV. Pathogénie.

- V. Symptomatologie.
 - VI. Diagnostic.
 - VII. Evolution et pronostic.
 - VIII. Traitement.
 - Observations inédites.
 - Conclusion.
 - Bibliographie.
-

I

RAPPEL ANATOMIQUE ET PHYSIOLOGIQUE RAPIDE SUR LES GRANDS DROITS DE L'ABDOMEN.

A. Anatomie.

Le grand droit de l'abdomen est un muscle long et aplati qui s'étend du pubis au sternum et aux côtes moyennes. Il est à la fois plus mince et plus large en haut qu'en bas.

Insertions : (en bas) il prend naissance sur le corps du pubis dans l'intervalle compris entre l'épine et l'angle sur le bord antérieur de l'os.

Cette insertion se fait par un tendon aplati et quadrilatère.

(en haut) arrivé au thorax le muscle s'insère par trois languettes tendineuses sur le bord inférieur du cinquième cartilage costal en dehors, sur

le septième cartilage costal et le ligament costo-xiphoïdien en dedans.

Description : Le muscle droit de l'abdomen est interrompu de distance en distance par des coupures ou intersections aponévrotiques essentiellement variables quant à leur nombre (3 - 5) et leur disposition.

Aponévroses : Les aponévroses des muscles grand oblique, petit oblique et transverse, enveloppent le muscle grand droit et lui constituent une gaine (gaine du droit).

Cette gaine offre à considérer deux parois.

(Paroi antérieure) : constituée par l'aponévrose du grand oblique, doublée sur sa face profonde par le feuillet antérieur de l'aponévrose du petit oblique. Dans son 1/4 inférieur cette paroi est renforcée par le feuillet postérieur de l'aponévrose du petit oblique et par l'aponévrose du transverse.

(Paroi postérieure) constituée par l'aponévrose du muscle transverse, doublée par le feuillet postérieur de l'aponévrose du petit oblique — dans son 1/4 inférieur cette paroi ne comprend plus que le fascia transversalis, aponévrose du transverse et feuillet postérieur du petit oblique passant en avant comme nous l'avons vu.

En résumé la paroi postérieure est tendineuse en haut, fibreuse en bas, à la limite s'inscrit l'arcade de Douglas.

Le muscle droit est enfermé dans cette gaine; de ses bords latéraux se détachent dans le sens frontal deux ailerons cellulux insérés au bord de la gaine, ailerons qui délimitent deux loges musculo-aponévrotiques.

1°. Une loge prémusculaire.

2° Une loge rétro-musculaire.

La loge prémusculaire est étroite, bridée en avant par l'épaisse sangle aponévrotique antérieure et cloisonnée par les adhérences de la face profonde de l'aponévrose avec le grand droit au niveau de ses intersections aponévrotiques.

La loge rétro-musculaire est beaucoup plus vaste, s'élargissant surtout en bas vers la région pubienne ou muscle et gaine s'écartent pour former le *cavum suprapubicum*.

Rapports : Par l'intermédiaire de sa gaine le muscle grand droit est en rapport :

En avant : Avec le tissu cellulaire sous-cutané.

En arrière : Avec l'espace cellulaire abdomino-pelvien situé en avant du fascia ombilico-pré-vésical ou espace de Retzius, dont l'anatomie et le cloisonnement furent magistralement décrits par Aversenq. plus en arrière encore avec le péritoine pariétal.

Ces rapports du muscle sont particulièrement immédiats en dessous de l'arcade de Douglas car, à ce niveau, comme nous l'avons vu la paroi postérieure n'est plus représentée que par une mince toile celluleuse : le fascia transversalis.

Latéralement : A la partie interne — avec la gaine de l'autre muscle droit — pour former la ligne blanche.

A la partie externe — avec l'angle dièdre des aponévroses du petit oblique, du grand oblique et du transverse.

VASCULARISATION.

Système artériel : artère épigastrique — jusqu'à l'arcade de Douglas, elle est située dans l'espace cellulaire de Retzius; à partir de cette arcade elle pénètre dans la paroi du muscle et monte en arrière du corps charnu jusqu'à l'ombilic où elle pénètre le muscle droit.

On lui distingue 3 sortes de collatérales.

1° Les unes s'épuisent dans le muscle.

2° Les autres s'anastomosent dans l'épaisseur du muscle avec la branche abdominale de la mammaire interne.

3° D'autres après avoir traversé le muscle vont au tissu cellulaire sous-cutané pour s'anastomoser avec les branches terminales de la sous-cutanée abdominale et de la circonflexe iliaque superficielle.

— *Artère mammaire interne* : sa branche terminale descend dans la gaine du droit ou elle s'anastomose avec l'épigastrique en plein muscle dans la région ombilicale par un très riche réseau anastomotique.

Mammaire interne et épigastrique surtout sont à peu près rectilignes sans grandes sinuosités.

Système veineux ; Formé des veines épigastriques et mammaires internes qu'accompagnent les vaisseaux de même nom — elles s'anastomosent entre elles et avec les veines sous-cutanées abdominales.

Système lymphatique : Les lymphatiques se rendent aux ganglions rétro cruraux qui sont reliés aux ganglions de Cunéo et Marcille situés en plein espace de Retzius.

INNERVATION : Les nerfs situés sous le muscle entre celui-ci et le feuillet aponévrotique postérieur proviennent des six derniers inter-costaux et des deux abdomino-génitaux.

B. PHYSIOLOGIE DU MUSCLE GRAND DROIT : Rôle de défense, véritable bouclier des viscères abdominaux.

Prenant un point fixe sur le pubis il abaisse les côtes et fléchit le thorax; c'est donc un muscle expirateur et fléchisseur du thorax.

Ceci explique en cas d'hématome l'augmentation de la douleur à l'inspiration et la cessation de la douleur ou tout au moins son atténuation dans l'attitude pliée en deux, le muscle alors se relachant.

Prenant un point fixe sur les côtes il fléchit le bassin sur le thorax.

Le muscle grand droit décrivant une courbe à concavité postérieure et celle-ci se redressant lors de sa contraction, celle-ci favorisera donc l'expulsion des urines, des matières fécales, du contenu gastrique, du contenu utérin.

La contracture partielle, localisée du grand droit indiquera enfin une lésion sous-jacente : c'est un signe clinique de premier ordre.

L'activité fonctionnelle de ce muscle est grande. Même au cours d'une pyrexie grave, les masses musculaires de l'organisme étant en résolution complète, le droit ne cesse de se contracter intervenant dans l'expiration et dans l'effort : une activité fonctionnelle intense,

une vascularisation très développée constituent un point d'appel pour l'infection, c'est un fait de pathologie générale très connu.

Ces différentes notions anatomiques et physiologiques sont d'une grande importance car elles nous aideront à mieux comprendre la pathogénie, la symptomatologie des hématomes spontanés des grands droits de l'abdomen.

II

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

A. *Macroscopique.*

Collection de sang noir, fluide renfermant des caillots et dilacérant les fibres musculaires, l'hématome varie de la grosseur d'un œuf de pigeon à celui d'une tête d'enfant. Il siège *en profondeur* soit en avant du muscle (hématome superficiel) soit en arrière (hématome rétro-musculaire) dans nos observations où cette particularité était notée nous avons rencontré 4 hématomes superficiels pour 26 hématomes profonds rétro-musculaires.

En hauteur — Le siège est très variable mais dans la très grosse majorité des cas d'après les diagnostic portés l'hématome était situé au-dessous de l'ombilic.

Nous rappelons ici la remarque de Carnot à savoir que : les hématomes des hépatiques siègent généralement au dessus de l'ombilic, ceux des typhiques se rencontrent plus souvent au-dessous.

En largeur — Les hématomes siègent aussi bien à droite qu'à gauche — nous n'avons pas rencontré de cas d'hématome bilatéral :

C. *Microscopique* — Lœper et Turpin ont bien étudié cette question. — Ces auteurs distinguent 3 zones à la lésion.

1° Zone centrale — constituée par des hématies altérées, des macrophages bourrés de pigments sanguins des polynucléaires et surtout de nombreuses cellules rondes. — On y reconnaît quelques fragments de fibres musculaires altérées.

2° Zone intermédiaire — caractérisée par une ébauche d'organisation conjonctive tendant à limiter le processus hémorragique, elle est constituée par des lames fibro-hyalines renfermant des éléments conjonctifs jeunes qui enserrent des fibres musculaires en voie de résorption.

3° Zone périphérique — les faisceaux musculaires dissociés par l'hémorragie sont cytologiquement intacts.

III

ETIOLOGIE

L'hématome spontané du grand droit de l'abdomen pour n'être pas une affection fréquente est loin cependant d'être exceptionnel.

Nous avons en effet relevé dans la littérature médicale française et étrangère 96 références bibliographiques qui représentent environ 200 cas d'hématomes spontanés du grand droit de l'abdomen.

Les hématomes se rencontrent dans les deux sexes avec cependant une prédilection très marquée pour le sexe féminin.

Dans nos 75 observations nous avons :

Femmes 66.

Hommes 9.

Soit une proportion de 88 % de femmes environ.

Les hématomes spontanés du grand droit reconnaissent une étiologie variée. On les rencontre en effet :

1° Au cours ou à la suite de la grossesse.

2° Au cours ou à la suite de maladies infectieuses.

3° Dans les affections chroniques.

4° Chez les individus en bonne santé apparente.

1° *Hématomes qui surviennent soit au cours soit à la suite de la grossesse.*

— L'hématome s'observe soit au cours de la grossesse, soit un temps plus ou moins long après l'accouchement. Sur les 41 femmes dont Carrey et Culbertson rapportent l'observation, 29 n'étaient pas enceintes, 12 étaient enceintes ou nouvellement accouchées ce qui correspond à une proportion de 30 % environ d'hématomes chez des femmes enceintes ou nouvellement accouchées.

Wehik à la clinique chirurgicale de Dorpat trouve une proportion de 39 % des cas chez des femmes enceintes ou relevant de maternité.

2° *Hématomes survenant à la suite des maladies infectieuses.*

Nombreuses sont les maladies infectieuses au cours desquelles on a pu observer des hématomes de la paroi abdominale.

Tous les classiques insistent sur la fréquence toute particulière de cette hémorragie survenant au cours de la fièvre typhoïde et due à la dégénérescence Zenkerienne du muscle.

Elle survient au cours du troisième septennaire; un hématome en résulte qui d'ailleurs s'infecte rapidement.

Chez d'autres malades on relève dans les antécédents une grippe ou une congestion pulmonaire récente (observations de Patel, Hartmann, de Heintze).

La dysenterie, la variole, la malaria, la gonococcie, (obs. de Braquehay et de Serval), la pneumonie, l'infection puerpérale, l'érysipèle (obs. de Duphay) furent aussi

considérés comme la cause déterminante de cette affection.

D'autrefois même les seuls incidents relevés dans l'histoire des malades étaient de banales infections locales :

Panaris : (observation de Hartmann).

Abcès dentaire : (observation de Scriba).

Furoncle : — —

Tous ces hématomes qui se constituent au cours de maladies infectieuses ne sont qu'un épiphénomène de ces affections ou surviennent plus ou moins tardivement au décours de celles-ci et c'est avec soin qu'il faudra fouiller les antécédents du malade.

3° *Hématomes survenant dans les maladies chroniques.*

Au premier rang les affections qui retentissent

a) *Sur la crase sanguine :*

Maladies du sang : leucémies (obs. de Rollin).

(obs. de Tapie).

hémophilie (ob. de Læderich)

hémogénie (ob. de Kotzarreff)

Maladies du foie : insuffisance hépatique avec ou sans cirrhose (obs. de Carnot, Devé, Lœpert et Turpin, Poulain).

Maladies des reins : néphrite chronique (obs. de Frænkel).

b) *Sur la nutrition :*

Obésité (obs. de Carnot).

Diabète (obs. de Riche, obs. de Rousseau).

c) *Sur les vaisseaux :*

Artérite athéromateuses (obs. de Kapel) hypertension.

4° *Hématomes survenant chez des gens en bonne santé apparente.*

Dans un certain nombre de cas en dehors de cette cause déterminante, traumatisme léger, aucune notion étiologique précise ne peut être mise en évidence.

IV

PATHOGÉNIE

On range sous quatre titres les hypothèses pathogéniques qui furent envisagées.

1° Rupture veineuse.

2° — artérielle.

3° — musculaire secondaire à une myosite.

4° Hémorragie dyscrasique.

1° *Rupture veineuse* c'est la théorie du coup de fouet épigastrique de Dévé.

Hématomes par rupture de quelques veines musculaires pariétales devenues plus ou moins variqueuses par suite d'une circulation collatérale vicariante. A côté du réseau veineux sous-cutané irradiant de l'ombilic et dessinant la classique tête de Méduse, existent des phlébectasies pariétales profondes intra-musculaires. Pareil accident ne serait en somme au triple point de vue pathogénique, anatomique et clinique que l'analogie coup de

fouet des variqueux qui se passerait non plus au niveau du mollet mais dans la région supérieure de la paroi abdominale.

Cette théorie évidemment très séduisante ne pourrait convenir que dans le cas d'hypertension portale chez des cirrhotiques atrophiques.

2° *Rupture artérielle* : pour Kotzareff l'hématome du grand droit serait consécutif à la rupture de l'artère épigastrique sclérosée, atteinte d'artérite chronique; la tunique moyenne qui a perdu toute élasticité ne pourrait plus résister à l'impulsion systolique lorsqu'une cause locale (effort musculaire ou grossesse) viendrait éprouver cette artère qui très peu sinueuse ne peut subir sans dégâts des modifications dans sa longueur.

Dans la grossesse, le ventre est distendu, l'utérus dévié latéralement vers la droite. (Or les hématomes sont plus fréquents à droite).

De plus l'hypertension artérielle est souvent de règle (Raymond) en fin de grossesse et la stase veineuse fréquente dans la région sous ombilicale du corps.

Une profession qui demande de gros efforts musculaires des droits met à rude épreuve une artère épigastrique altérée (hématomes des cordonniers de Kotzareff).

Cette rupture artérielle fut constatée par Kotzareff, Emmerson, Schumann, Jentzer, Patel dans leurs observations.

3° *Rupture musculaire secondaire à une myosite.*

Cette myosite sera soit :

A. *Myosite infectieuse* qui peut-être soit une myosite phlegmoneuse dans laquelle les fibres musculaires sont

détruites en masse par le germe pathogène — le type est l'abcès typique de Zenker.

soit une altération dégénérative de la fibre musculaire, une lésion d'artérite étant sans doute ici le processus initial — le type est la dégénérescence cireuse de Zenker dans la typhoïde.

B. *Myosite scléreuse par hypotrophie ischémique*
ou auto intoxications chroniques
chez les vieillards (Kapel).

Le muscle friable à l'excès aura tendance à se rompre au plus léger effort et provoquera une rupture de l'épigastrique ou de la mammaire qui s'anastomosent en plein corps musculaire.

4° *Hémorragie dyscrasique.*

A. *Syndrôme d'hypercoagulabilité* : Læper et Turpin considèrent l'hématome du grand droit comme une des manifestations cliniques du syndrome d'hypocoagulabilité des hépatiques : le malade de leur observation est un éthylique de 61 ans atteint de cirrhose hypertrophique avec ascite et splénomégalie — gros allongement du temps de coagulation, irrétractilité du caillot — signe du lacet négatif, temps de saignement normal, soit un syndrome d'hypocoagulabilité sanguine sans insuffisance endothéliale.

B. *Syndrôme d'altération endothéliale.*

Par contre chez une malade de Kotzareff ou le diagnostic de kyste de l'ovaire tordu avait été porté, on constate le lendemain de l'intervention que les parties du corps en contact avec la table d'opération étaient couvertes d'ecchymoses.

L'interrogatoire ultérieur de cette femme révéla qu'au moindre heurt ou pincement la région heurtée ou pincée se couvrait de bleus.

A l'examen on constata :

Un léger retard de la coagulation de 12 minutes.

Un temps de saignement très prolongé 40 minutes.

Un signe du lacet réalisé par un garot pour prise de sang très fortement positif.

Soit ici un syndrome de fragilité endothéliale très accusé.

C. Syndrome d'altération globulaire et plasmatique :

Tel était le cas pour la malade de Rollin qui était une leucémique présentant de nombreux hématomes musculaires.

En résumé la pathogénie de ces hématomes spontanés du grand droit n'est pas univoque, on y trouve soit des facteurs locaux.

myosite.

vascularite.

hypertension veineuse.

distension des parois.

soit des facteurs généraux — troubles dyscrasiques.

hypertension artérielle.

Dans la grande majorité des cas, facteurs locaux et facteurs généraux s'intriquent.

V

SYMPTOMATOLOGIE

La symptomatologie de l'hématome spontané du grand droit est essentiellement différente suivant qu'il s'agit soit d'un hématome superficiel soit d'un hématome profond rétro-musculaire.

Dans les deux cas, le début est le plus souvent brutal caractérisé par une douleur très violente. Cette douleur constitue à peu près le seul signe fonctionnel de l'hématome pré-musculaire, dans le cas d'hématome profond on voit se surajouter d'autres signes très bruyants qui évoquent le grand drame abdominal.

A. *Hématomes superficiels.* —

1° *La douleur* : La douleur éclate brutalement elle est le plus souvent atroce, pongitive, quelquefois même syncopale — le malade plié en deux ne peut faire aucun mouvement —

D'autrefois la douleur est beaucoup plus atténuée c'est une simple impression de picotement ou de gêne imprécise au niveau de la sangle abdominale antérieure.

Parfois même les signes fonctionnels sont très minimes, et ne retiennent même pas l'attention du malade et c'est à la suite d'un examen complet ou à l'occasion d'une complication (suppuration) que l'hématome du grand droit est reconnu.

La douleur ne tarde pas à s'apaiser sous l'influence du repos et bientôt apparaîtra une tuméfaction douloureuse au niveau de la paroi abdominale antérieure.

2° *La tuméfaction* : son volume est variable d'une tête d'enfant (obs. de Blond) à une noisette .

Elle siège en dehors de la ligne blanche — en dedans du rebord externe du grand droit.

Les téguments à son niveau ont au bout de deux ou trois jours une teinte ecchymotique pathognomonique qui était signalée dans les 4 cas d'hématomes superficiels que nous avons consultés.

La consistance est ferme, dure même pendant les premiers jours puis elle deviendra molle demi-fluctuante.

Cette tumeur est bien limitable, on peut lui imprimer des mouvements assez étendus dans le sens transversal mais bien plus limités dans le sens longitudinal.

Enfin citons ici une manœuvre diagnostique importante : si saisissant la tumeur à pleine main on recommande au malade couché de se redresser on constate alors qu'il est impossible de mobiliser cette tumeur auparavant assez mobile.

Ce signe doit nous permettre de poser le diagnostic de tumeur intra-pariétale.

En résumé l'hématome superficiel se traduit par : une douleur vive, l'apparition d'une tumeur de siège pariétal au niveau de laquelle les téguments sont rapidement ecchymotiques.

B. Hématomes profonds rétro-musculaires.

on distingue ici deux périodes a) Période de début.

b) Période d'état

Période début : Dans la région abdominale la douleur éclate brusquement en coup de poignard après un effort musculaire banal.

Elle s'accompagne de symptômes d'irritation péritonéale : vomissements alimentaires d'abord, puis muqueux et même bilieux — ballonnement du ventre, arrêt des matières et des gaz.

A l'examen physique on constate de la contracture limitée au grand droit avec hypéresthésie marquée de la peau à son niveau.

Cette symptomatologie fonctionnelle et physique évoque donc comme on le voit le syndrome de l'irritation grave du péritoine.

D'autres fois on est en présence d'un syndrome d'hémorragie interne cataclysmique comme dans l'observation de Patel :

Douleur abdominale vive.

Paleur cireuse des téguments.

Pouls petit et filant.

Soif vive.

Refroidissement des extrémités.

2° *Période d'état* : succède à la période de début dramatique que nous venons de décrire ou plus rarement s'installe d'emblée.

La douleur, les signes de réaction péritonéale cèdent peu à peu. Il persiste encore une gêne fonctionnelle importante et bientôt apparaît la tuméfaction qui représente l'épanchement sanguin. Cette tumeur est de volume variable, les téguments sont ecchymotiques sur sa projection cutanée dans environ la moitié des cas.

Elle est dure, molle, et même fluctuante : la manœuvre de la contraction des muscles de la paroi fait disparaître la tumeur sous la sangle musculaire. Ce dernier signe nous permet de poser le diagnostic de tumeur intra-abdominale.

En résumé l'hématome profond du grand droit se traduit :

A. *A la période de début* : Par un syndrome d'irritation péritonéale ou plus exceptionnellement par un syndrome d'hémorragie interne.

B. *A la période d'état* : Par une tumeur intra-abdominale.

VI

DIAGNOSTIC

Avant d'aborder la question du diagnostic, nous voudrions mettre sous les yeux le tableau des 75 observations détaillées que nous avons pu consulter avec les diagnostics qui furent posés par des médecins et des chirurgiens expérimentés.

AUTEURS	NOMBRE d'Observations	DIAGNOSTICS POSÉS
BONNECAZE	1	Kyste abdominal.
KOTZAREFF	2	1° Kyste de l'ovaire tordu. 2° Appendicite.
JENTZER	1	Kyste de l'ovaire tordu.
HARTMANN	2	1° Kyste de l'ovaire tordu. 2° Appendicite.
SCHUMANN	1	Tumeur maligne en évolution rapide.
PATEL	1	Hémorragie interne cataclysmique.
HEINTZE	1	Etranglement interne.
MICHAUD	1	Invagination intestinale.

AUTEURS	NOMBRE d'Observations	DIAGNOSTICS POSÉS
RICHARDSON	1	Hernie intra-pariétale. étranglée.
SOURDAT et BUTLER	2	1° Kyste de l'ovaire tordu. 2° Kyste de l'ovaire tordu.
POULAIN	1	Cholecystite calculeuse ou gomme du foie.
GIROT	1	Hernie ombilicale étranglée.
ROLLIN	1	× Hématome du Grand Droit chez un leucémique qui présentait de nombreux hématomes musculaires.
BLOND	1	Tumeur intra-pariétale de nature indéterminée.
CARREY-CULBERTSON	41 observations relevées dans la littérature Américaine.	× Hématome du Grand Droit..... 6 fois Kyste de l'ovaire tordu 10 fois Cholecystite 7 fois Appendicite 6 fois Ileus 2 fois Hernie étranglée 5 fois Torsion Epiploïque 3 fois Ulcère perforé 2 fois
CARNOT	2	1° Kyste de l'ovaire tordu. × 2° Hématome du Grand Droit chez une hépatique qui saignait.
LENORMAND	1	Phlegmon de l'Etage supérieure du ligament large.
DEVÉ	2	1° Tumeur maligne de la Paroi. 2° Ulcère perforé.
LÉPER et TURPIN	1	× Hématome du Grand Droit chez une hépatique qui saignait.
HALIPRE	1	× Hématome du Grand Droit chez un hépatique qui saignait.
JEANNE et DEVÉ	1	Kyste hydatique du foie ou cholecystite.
VON RENNER	1	<i>Diagnostic hésitant</i> : Ventre chirurgical.
GRANT	1	Tumeur maligne de la Paroi.
SJÖKLEN	1	<i>Diagnostic hésitant</i> : Ventre chirurgical.
WEITZ	2	1° Kyste de l'ovaire tordu. 2° Cholecystite aiguë.
DROUET et LEPOIRE	1	Tumeur maligne du foie ou de la vésicule.
ROUSSEAU	1	Kyste végétant de l'ovaire.
DROUET et GIRARD	1	× Hématome du Grand Droit chez une cirrhotique.
HAMANT et CHALNOT	1	× Hématome du Grand Droit chez une femme accouchée récente.

× = Diagnostics exacts.

En résumé, dans nos 75 observations, les Diagnostics posés furent :

A. Diagnostics exacts

12 fois

Soit environ dans 16 %
des cas

B. Diagnostics erronés

63 fois

Soit environ dans 84 %
des cas

Les erreurs se décomposent ainsi par ordre de fréquence :

Kystes de l'ovaire tordus.	19 fois	environ dans 25 % des cas
Cholecystites.	10 fois	— — 13 % — —
Appendicites.	8 fois	— — 10 % — —
Etranglements herniaires.	7 fois	— — 9 % — —
Torsions Epiploïques.	5 fois	
Etranglements internes.	4 fois	
Tumeurs malignes de la paroi.	2 fois	
Ulcères perforés	2 fois	
<i>Diagnostics hésitants</i> : ventre chirurgical	2 fois	
Tumeur maligne intra-abdominale.	1 fois	
Kyste hydatique du foie ou cholecystite.	1 fois	
Tumeur maligne de la vésicule ou du foie.	1 fois	
Hémorragie interne cataclysmique.	1 fois	

Ce résumé statistique d'Observations est donc des plus éloquent dans 16 % *seulement des cas* le diagnostic exact fut posé.

Dans ce chapitre nous allons passer en revue les différentes affections qui si souvent sont confondues avec l'hématome du Grand Droit ; nous essayerons d'expliquer brièvement ces erreurs et de fixer les signes qui permettront de serrer de plus près cette intéressante question de Diagnostic.

Nous envisageons d'abord le problème posé par les *Hématomes superficiels*, ensuite celui des *Hématomes Rétro-musculaires profonds*.

A. DIAGNOSTIC DES HÉMATOMES SUPERFICIELS DU GRAND DROIT

Le Diagnostic est ici facile à poser :

DIAGNOSTIC POSITIF.

Début brusque — douleur plus ou moins intense, survenue à la suite d'un traumatisme léger.

Tumeur de *volume variable, dure, puis fluctuante, mobilisable latéralement; moins bien mobilisable verticalement*.

Sous l'influence de la contraction de la paroi musculaire cette tumeur fait saillie et s'immobilise. Si l'on marque, ainsi que le faisait Tillaux avec un crayon, le bord supérieure de la tumeur, on remarque que celui-ci, pendant les mouvements forcés d'inspiration, ne se déplace pas alors qu'il se déplacerait dans une tumeur abdominale.

Le diagnostic s'impose enfin de façon absolue si l'on constate la teinte ecchymotique des téguments en avant de cette tumeur; cette coloration est d'ailleurs ici de règle.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL.

Ce diagnostic est celui des tumeurs intra-pariétales, aussi doit-on éliminer :

1° LES NÉOPLASIES DE LA PAROI.

A. *Le fibrome du Grand Droit.*

Le début n'est pas aussi brutal. La tumeur est en connexion intime avec le muscle.

Si on attire à soi la tumeur, cherchant à l'énuclear on sent le muscle se tendre.

De plus ces fibromes ne se rencontrent guère que chez des femmes en période d'activité sexuelle (sur 100 fibromes de la paroi musculaire : 4 hommes seulement).

B. *L'Angiome* est une rareté (4 cas rapportés par Angeletti).

C. *Le sarcome* rare à ce niveau, de consistance ligneuse, d'accroissement rapide, infiltre le muscle en nappe.

D. *Le lipome* de la paroi abdominale est exceptionnel, il est lobulé, mou, presque fluctuant.

2° LES TUMEURS INFLAMMATOIRES.

A. *Parasitaires.*

1° *Kyste hydatique de la paroi.*

Si la tumeur est rénitente on peut y penser ; on en a relevé une trentaine de cas dans la paroi abdominale. Si on a des raisons d'y croire, on doit faire la réaction de Weinberg, la recherche de l'éosinophilie sanguine.

Si la ponction exploratrice ramène un liquide eau de roche, manœuvre qui est évidemment à éviter, on devra injecter une solution de formol à 2 % dans la poche hydatique.

2° *L'Actinomyose* est exceptionnelle.

B. Infectieuses.

1° *Les gommés syphilitiques ou tuberculeuses* sont l'extrême rareté, on se guidera sur les signes d'imprégnation bacillaire; les antécédents vénériens, le B. W.

Plus intéressant est le diagnostic avec la forme chronique due aux :

2° *Phlegmons des gaines du Droit* sur laquelle Boppe a beaucoup insisté.

Il s'agit d'une masse douloureuse — les téguments sont chauds et parfois rosés — Le grand Droit est contracturé, il existe une température légère. Cette suppuration un peu particulière succède d'ailleurs le plus souvent à un hématome du Grand Droit, mais la thérapeutique à lui opposer est essentiellement différente : il convient ici d'inciser et de drainer; en cas d'hématome, ainsi que nous le verrons on se contente le plus souvent de pansements chauds compressifs.

B. DIAGNOSTIC DES HÉMATOMES PROFONDS.

Le diagnostic est ici beaucoup plus intéressant et comme nous allons le voir beaucoup plus difficile à poser.

On distingue deux circonstances très nettement tranchées :

1° *Diagnostic à la période de Début.*

2° *Diagnostic à la période d'Etat.*

1° *Diagnostic à la période de Début :*

A. DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL.

Le diagnostic est celui d'un drame abdominal.

A. *La douleur* : est-elle violente, son siège latéral bas, alors que la tumeur n'est pas perceptible, le diagnostic porté est celui-ci : *d'appendicite subaiguë* (obs. de FRAENKEL, de KOTZAREFF, d'AUGIER).

Si le siège de cette douleur est épigastrique on pensera à la *cholécystite* (obs. de Poulain).

B. *Si la tumeur est d'apparition rapide*, et si elle douloureuse, on pensera au *kyste de l'ovaire* qui s'est tordu (obs. de Jentzer, de Hartmann, de Kotzareff) à la *Torsion épiploïque* (obs. de Carrey et Culbertson).

C. *Si l'hémorragie est abondante* on pensera à la *rupture d'une trompe gravidé* (obs. de Patel) responsable d'un syndrome cataclysmique d'hémorragie interne.

D. *L'existence d'un syndrome péritonéal*. Ici l'épanchement sanguin irritant la face externe du péritoine pariétal se traduit par des signes de péritonite sans réaction inflammatoire du côté du revêtement séreux comme l'a démontré le Professeur Hartmann.

Il peut s'agir d'un syndrome péritonéal complet.

Vomissements, rétention d'urines, arrêt des gaz et des matières; plaquard diffus avec défense musculaire dans la fosse iliaque droite — ballonnement du ventre; on pose alors le diagnostic : *d'appendicite aiguë* (obs. de Hartmann) *d'ulcère perforé de l'estomac* (obs. de Devé) avec un tableau clinique semblable, la malade de Heintze fut opérée avec le diagnostic *d'étranglement interne*, celui de Michaux avec le diagnostic *d'invagina-*

tion intestinale, celui de Richardson avec le diagnostic de *Hernie intra-pariétale étranglée*.

E. Si l'hématome du grand Droit s'infecte rapidement on pensera à une suppuration de la paroi (Boppe), au phlegmon supérieur du ligament large (obs. de Lenormand)

B. DIAGNOSTIC POSITIF.

Quelques facteurs étiologiques : la *grossesse*, la *fièvre typhoïde*, l'*insuffisance hépatique* avec ou sans cirrhose, *certaines maladies du sang* (leucémies, syndromes endothélio-plasmatiques) pourraient faire soupçonner l'hypothèse d'hématome du grand Droit, mais étant donné l'intensité des phénomènes locaux et généraux, leur ressemblance avec un tableau de péritonite, un syndrome de torsion ou de perforation ; il n'est évidemment guère de chirurgien qui acceptera jamais d'attendre 24 ou 48 heures que le diagnostic se précise lorsque l'hématome du grand Droit entrera dans sa seconde phase, la période d'état.

A défaut d'un diagnostic précis, l'intervention opératoire sera décidée sous la rubrique : de *ventre chirurgical*, comme nous l'avons observé deux fois (obs. de Von Renner, Sjöklén).

2° DIAGNOSTIC A LA PÉRIODE D'ÉTAT.

Nous nous trouvons ici à diagnostiquer la nature d'une tumeur intra-abdominale apparue à la suite du cortège bruyant et dramatique des accidents de début,

ou qui beaucoup plus rarement s'est développée assez insidieusement.

A. DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL.

a. *Si la tumeur énorme* remplit la fosse iliaque droite, s'accompagne d'ascite, d'œdème des membres inférieurs dûs à une compression veineuse de l'iliaque externe et des veines de la paroi : on croit à une *tumeur maligne* avec développement rapide et généralisation (obs. de Schumann).

Virchow rapporte même le cas où un hématome du grand Droit, fut pris pour *une grossesse* .

b. *Si la tumeur siège au niveau de 1/3 inférieur du muscle grand Droit et si elle est de petit volume* : on pensera à une *tumeur annexielle ou utérine* l'examen complet de la malade permet de constater que l'hématome est isolé des organes génitaux internes ; il est sessile, accolé à la paroi abdominale antérieure.

La main vaginale appréciera la consistance élastique et le peu de mobilité de la tumeur que la main abdominale pousse dans le petit bassin.

c. *Si l'hématome est volumineux, arrivant à remplir le petit bassin* : un examen gynécologique sérieux constatant l'absence de pédicule, devra éliminer le *kyste de l'ovaire*.

d. *Si l'hématome siège à droite dans le 1/3 supérieur du muscle droit* : les diagnostics les plus discutés seront ceux de *cholécystite*, de *kyste hydatique du foie* de tumeur maligne vésiculaire ou hépatique, de torsion de l'épiploon.

e. Quel que soit le siège de l'hématome, on pourrait penser à un placard de *péritonite tuberculeuse*.

B. DIAGNOSTIC POSITIF.

Les notions étiologiques classiques pourront permettre de supposer la tumeur sanguine, un seul signe est ici vraiment pathognomonique : c'est *l'ecchymose cutanée* qui se présente dans les 1/2 des cas environ d'après Bonnacaze.

CONCLUSIONS DU DIAGNOSTIC

1° *En cas d'hématome superficiel* : la nature exacte de l'épanchement sanguin intra-pariétal, est facile à déterminer : tumeur intra-pariétale, teinte ecchymotique des téguments.

Mais cette variété anatomo-pathologique de l'hématome du grand Droit est de loin la moins fréquente.

2° *En cas d'hématome profond.*

A. *A la période de début* : c'est le plus souvent sinon toujours le tableau du grand drame abdominal ; le diagnostic qui sera posé à coup sûr, sera celui de *ventre chirurgical*.

B. *A la période d'état* ou dans quelques rares cas d'hématomes qui s'installent à bas bruit, le diagnostic est possible si l'on fouille les antécédents, si l'on fait un examen clinique très serré ; si l'on constate le signe pathognomonique de l'ecchymose et surtout si on pense à l'hématome du grand Droit comme tumeur abdominale possible.

VII

ÉVOLUTION ET PRONOSTIC

Quelle est l'évolution des hématomes du grand droit de l'abdomen ? Cathelin a observé dans les petits hématomes leur résorption spontanée en 10 à 15 jours.

Mais cette résorption peut ne pas s'effectuer surtout si l'hématome est volumineux ; deux évolutions sont alors possibles.

1° L'hématome subit la transformation kystique donnant le pseudo-kyste hématique de la paroi abdominale bien étudiée par Damas.

2° Le plus fréquemment l'hématome suppure soit à la suite d'une infection de voisinage intestinale ou utéro-annexielle soit à la suite d'une infection locale à distance : (amygdalite, panaris) nous avons vu en effet que la vascularisation très développée, l'activité fonctionnelle importante du muscle constituent un appel à l'infection.

Ces suppurations de l'hématome du grand droit bien étudiées par Boppe se présentent sous deux formes.

A. *Forme aiguë* : (fréquente dans la typhoïde) se traduit par une douleur abdominale intense que le moindre mouvement exagère; jour et nuit le malade reste cuisses fléchies sur le bassin et jambes fléchies sur les cuisses (signe pathognomonique).

La contracture des droits est intense mais les flancs sont souples, la peau est rouge, œdématisée; quelques jours après le début des accidents, la tuméfaction est fluctuante, la température est élevée.

B. *Forme lente* : Les signes généraux et fonctionnels sont ici peu accentués — température légère, douleur vague, la tuméfaction arrondie peu douloureuse est parfois de consistance ligueuse, il y a peu de modifications au niveau des téguments : très léger œdème, peu de rougeur de la peau — il n'y a pas de fluctuation.

La tumeur para-médiane, mobile dans le sens latéral, immobile dans le sens longitudinal se fixe et devient saillante dans la contraction du grand droit en cas de suppuration pré-musculaire on disparaît alors derrière le muscle si la suppuration est rétro-musculaire.

En évoluant ces suppurations de l'hématome du droit peuvent gagner le tissu cellulaire sous-péritonéal dont l'anatomie a été si bien décrite par Aversenq. On assiste ainsi au développement des phlegmons de Retzius ou de Heurtaux.

Grant enfin décrit dans les cas de suppuration ou la réaction fibreuse est intense de véritables phlegmons ligueux de la gaine des droits qui évoluent avec une extrême lenteur.

VIII

TRAITEMENT

Devant ces hématomes du grand droit de l'abdomen la conduite est simple :

1° *En cas d'hématome superficiels* : Si l'hématome est de petit volume on se contentera de pansements chauds compressifs à la manière de Cathelin; la résorption s'obtient spontanément au bout de huit à dix jours. Si l'hématome est important la résorption ne se fait pas aussi facilement il faut craindre l'inflammation et la suppuration et pour les éviter ponctionner ou ouvrir et drainer la poche (Larosenne).

2° *En cas d'hématome profond* : Le diagnostic exact étant rarement porté le malade est laparotomisé d'urgence — une fois la poche hématique découverte il faut évacuer les caillots, faire l'hémostase puis fermer la poche et la peau sans drainage.

Nous signalons ici une indication spéciale à l'hématome chez une femme enceinte près du terme — la sidération fonctionnelle du muscle, la crainte de récurrence au moment des efforts d'expulsion ont amené Schröder à pratiquer la césarienne chez une femme enceinte à terme qui avait présenté un hématome de son grand droit.

IX

OBSERVATIONS INÉDITES

OBSERVATION I (Drouet et Lepoire)

Madame V..., 75 ans, entre le 28 Septembre 1936 à l'infirmierie de l'Hospice St-Julien.

Dans les antécédents personnels, on relève des plaies variqueuses bilatérales.

Elle est atteinte depuis 6 semaines à 2 mois d'ictère à évolution lente et progressive.

A son entrée, on constate une jaunisse très foncée, symptomatique d'un ictère par rétention typique.

Urines : Acajou. Selles : décolorées. Pas de prurit ni de Bradycardie. Etat subfébrile.

A l'examen on constate : un foie légèrement hypertrophié, débordant de deux travers de doigt les fausses côtes.

Dans les jours qui suivent son entrée, l'ictère progresse, puis reste stationnaire, enfin se met à décroître légèrement jusqu'à l'exitus. En même temps on remarque que le foie augmente de volume et présente des irrégularités de son bord inférieur.

On fait le diagnostic de cancer du foie secondaire à un cancer d'origine indéterminée.

L'examen de l'appareil digestif ne révélant pas de tumeurs primitives (toucher rectal), pas plus que l'examen de l'appareil génital (toucher vaginal). A partir du 25 octobre, l'état général jusqu'alors assez peu touché malgré tout, baisse brusquement et la malade sombre dans le coma hépatique (langue rouge, vernissée, hypothermie, purpura.)

On constate à ce moment qu'il existe dans la partie supérieure du flanc droit, une *tuméfaction visible* à l'inspection, *douloureuse* à la palpation, à bord mal limités que l'on pense d'origine hépatique.

La malade décède le 31 Octobre.

L'autopsie est pratiquée le 1^{er} Novembre :

1° A l'ouverture de l'abdomen, on constate que la masse perçue les derniers jours est dûe à un gros *hématome de la gaine du grand droit*.

Le muscle est en bouillie, au milieu d'un caillot sanguin.

2° Le foie très augmenté de volume, est couvert de nouveaux cancéreux métastatiques et présente surtout une grosse masse cancéreuse hilare du volume du poing environ.

3° L'examen superficiel de l'estomac et de l'intestin ne révèle pas de tumeur primitive.

4° On constate qu'il existe dans le corps de l'utérus, surtout dans sa partie supérieure, des noyaux fibromateux calcifiés qui n'ont aucuns caractères cancéreux.

A l'examen histologique on constate qu'il s'agit d'un cancer secondaire du d'origine intestinale.

OBSERVATION II (Drouet et Girard)

Monsieur Henri T..., 72 ans.

Dans les antécédents personnels on relève une lithiasé bilairé typique avec accidents ictériques.

Il entre à l'Hospice St-Julien le 29 Juin 1936 avec le diagnostic de cirrhose du foie.

A l'examen on constate :

A l'inspection : l'abdomen est asymétrique — on remarque la présence d'une tuméfaction de la grosseur d'un poing situé au-dessus de l'ombilic et à gauche. — La peau n'est pas modifiée en regard de cette tumeur.

Le ventre respire mal en raison de la douleur diffuse à toute la sangle abdominale, cependant on a l'impression que cette masse s'abaisse légèrement à l'inspiration.

A la palpation : on peut délimiter assez facilement les contours de la tuméfaction. celle-ci donne une impression de dureté élastique, avec semble-t'il quelques crépitations. Il est de plus impossible de séparer cette masse du foie induré et atrophie.

Sur la périphérie interne de la tumeur, on sent le bord externe du muscle droit qui est normal.

Le foie est petit, dur. La rate est hypertrophiée. Il existe une ascite assez importante.

Le malade éprouve une assez grande difficulté pour parler ou pour respirer.

La langue est saburrale; il existe de la bronchite avec de la crépitation des bases.

Devant un tel tableau clinique, on pense soit à une adénocirrhose de Kilch et Kiener, soit à un cancer de la vésicule, soit encore une cirrhose de Laennec.

On revoit le malade deux jours après : il existe une teinte ecchymotique assez intense en avant de la tumeur qui est toujours aussi dure.

Le sujet assez affaibli explique que 5 jours auparavant à la suite d'un effort de toux, il aurait éprouvé une grande douleur et aurait entendu un craquement de sa sangle abdominale (?).

Le malade meurt brusquement quinze jours après son entrée.

A l'autopsie : Cirrhose de Laennec.

Rupture du muscle droit de l'abdomen avec gros hématome.

OBSERVATION III (Rousseau)

Madame Suzanne M... 54 ans fait en Octobre 1935 une poussée grippale avec localisation pulmonaire. Cette affection traîne et laisse à sa suite une bronchite pénible avec toux douloureuse et incessante.

Le 10 Décembre 1935 le docteur Rousseau est appelé en consultation par le médecin traitant, cette femme ayant constaté au hasard d'une toilette l'existence d'une tumeur dans son abdomen.

A l'examen on constatait en effet que le ventre était asymétrique et qu'il existait dans la fosse iliaque gauche une tuméfaction de la grosseur d'une grosse orange. Les téguments à la surface de cette masse ne sont nullement modifiés.

A la palpation abdominale la tumeur est très limitable, lisse, de consistance dure, très légèrement douloureuse. Il n'existe pas d'ascite.

Au toucher vaginal combiné au palper on sent une tumeur dure, indépendante de l'utérus très légèrement mobile dans le sens vertical et dans le sens horizontal.

Le diagnostic posé est celui de kyste végétant de l'ovaire ou mieux de tumeur solide de l'ovaire en raison de la consistance de la masse bien que cependant on n'ait noté aucun trouble fonctionnel dans la sphère génitale. Ni métrorragies, ni ménorragies.

La malade entre au service de monsieur le professeur Michel le 27 Décembre 1935 à la suite d'un examen systématique complet

on constate une glycosurie à 40 grammes de sucre au litre d'urines et une glycémie à 2 grammes 30.

La tumeur au bout de quelques jours est légèrement diminuée de volume.

En face de cette femme diabétique porteuse dans la fosse iliaque gauche d'une tumeur qui semble avoir régressée, on envisage en plus des hypothèses soulevées lors de l'examen précédent celle d'un hématome possible de la paroi des droits. Mais la tumeur paraissait se fixer dans son volume et devenant douloureuse, on décide d'intervenir chez cette diabétique considérablement améliorée par le traitement insulinique.

Opération le 15 Janvier 1936 : Après laparatomie médiane on tombe sur une tumeur sanguine du grand droit gauche. On incise et on trouve du sang mélangé avec un peu de pus. Fermeture de la paroi après drainage. Suites normales.

X

CONCLUSION

Les hématomes spontanés du grand Droit de l'abdomen ne sont pas très fréquents, cependant d'assez nombreuses observations sont publiées tous les ans dans la presse médicale.

Leur étiologie et leur pathogénie ont été bien élucidées : causes mécaniques, infectieuses, trophiques, responsables de myosite ou de vascularite, modifications endothélio-plasmiques se retrouvent toujours après un examen clinique sérieux à l'origine de ces hémorragies intra-pariétales.

Dans la très grande majorité des cas le diagnostic posé est erroné, cela tient à la très grande difficulté :

Si le diagnostic de l'hématome pré-musculaire qui se présente comme une tumeur intra-pariétale à développement douloureux avec modifications ecchymotiques des téguments, paraît assez facile. Le diagnostic de l'hématome profond rétro-musculaire, de beaucoup le plus fréquent est autrement compliqué, au début c'est le tableau d'un grand drame abdominal qui avec des interprétations diverses, force la main du chirurgien.

A la période d'état ou dans les rares formes à développement chronique c'est le diagnostic délicat d'une tumeur intra-abdominale qu'il faudra trancher et là aussi la loi des fréquences impose le plus souvent un diagnostic faux qui ne sera rectifié qu'après laparotomie. (L'ecchymose seul signe pathognomonique manque assez souvent).

Certaines données étiologiques pourront être d'un grand secours devant un tel problème, au premier rang de celles-ci citons la grossesse, les maladies infectieuses surtout la typhoïde, mais nous rappellerons ici que la complication apparaît pendant le 3^e septennaire époque ou un syndrome abdominal dramatique pourrait évoquer une autre cause : perforations intestinales, syndrome d'insuffisance surrénal aiguë. Dans le diabète, les insuffisances hépatiques diverses, les maladies des reins, les maladies du sang, cette complication se rencontre.

L'importance du diagnostic est cependant assez secondaire puisque l'intervention sera le plus souvent justifiée pour éviter cette complication fréquente et grave de l'hématome du grand Droit : l'abcès suppuré de la paroi abdominale.

Vu, le Président de thèse,

BINET

Vu et approuvé :

Le Doyen de la Faculté de Médecine

L. SPILLMANN

Vu et permis d'imprimer :

Nancy, le 10 Mars 1937

Le Recteur de l'Académie,

Président du Conseil de l'Université,

L. BRUNTZ

BIBLIOGRAPHIE

- ANGELETTI. — Angiome primitif du muscle du grand Droit de l'abdomen.
— La chirurgica de li gorgani da movimento, 1922. V. VI face 3-4 page 449-459.
- BACHY. — Contribution à l'étude des hématomes spontanés du muscle grand droit de l'abdomen (Thèse Lille 1930-31).
- BAUEREISEN. — L'hématome spontané de la paroi abdominale (Zentralbl. f. gyn. N° 10, 1921. p. 396).
- BENNETT. — Rupture du muscle grand droit de l'abdomen (The British. Méd. Journal. N° 3463. 21 mai 1927).
- BLOCK. — L'hématome spontané de la paroi abdominale à poussées successives (Deutsche Ztschr. f. chir. Leipzig. avril 1926. Tome CXCV fasc. 3).
- BLOND. — Sur l'hématome de la paroi abdominale des gens âgés (Deutsche Ztschr. f. chir. Leipzig nov. 1924. Tome CLXXXVIII fasc. 3-1).
- BONNECAZE. — A propos d'un hématome du grand droit de l'abdomen (Paris Médical N° 34. 25 août 1923).
- BONNET ET MICHON. — Hématome de la gaine des grands droits après laparotomie (Presse Médicale 26 mai 1923).

- BOPPE. — Hématome et abcès de la paroi abdominale antérieure (Jouv. de chir. 1922. Tome XIX f. 245).
- BORDJESCHKI. — Rupture sous-cutanée de la paroi abdominale (Zentralblatt. f. chir. N° 9. 28 février 1925).
- BRÆKJES. — Un cas d'hématome spontané de la paroi abdominale. (Néderl. Tedsch. V. Gereesk. Harlem. 20 février 1926 page 768-771).
- CARREY ET CULBERTSON. — Hématomes spontanés du muscle grand droit de l'abdomen, signification en obstétrique et en gynécologie (The. pursal. of. the. Américan association. Chicago Vol. IXXX N° 24. 12 décembre 1925).
- CARNOT. — Hématome du grand droit des hépatiques. (Paris Médical N° 20. 17 mai 1924).
- CATHELIN. — Hématomes traumatiques du grand droit chez les cavaliers (Progrès Médical, Paris N° 1. 4 janvier 1920).
- CARNELLI R. — Nottura del muscolo retto abdominal sinistro in gravita affecta da influenza (Polyclinico sez-prat. 26 août 1929).
- CHALLIER ET VALLERY. — Rupture du grand droit de l'abdomen consécutif à un hématome suppuré au cours de la fièvre typhoïde (Lyon Médical. 6 novembre 1927).
- DAMAS. — Tumeur kystique sanguine de la paroi abdominale (gynécologie 1899. Tome IV. p. 282).
- DAMBRIN. — Hématome spontané suppuré du grand droit de l'abdomen produit par une douve (Arch. Méd. Toulouse Tome XIX N° 21 p. 470 nov. 1912).
- DÉCIO. — Sur l'hématome spontané du grand droit pendant la grossesse. (Pathologica Génova 1922. p. 332).
- DEVÉ. — Le coup de fouet épigastrique des cirrhotiques Normandie Médical 1 février 1923).

- FOTHERCILL. — Hématome de la paroi abdominale simulant un néoplasme pelvien (The British. Méd. Journ. N° 3413. 5 juin 1926).
- FRANKEL. — Hématome du muscle droit de l'abdomen (Munich Méd. Woschr. N° 15 p. 822-1911).
- GELLERT. — Hématome de la paroi abdominale (The British Méd. Journ. N° 3417, 5 juillet 1926).
- GIROT. — Hématome spontané du muscle grand droit (thèse Paris 1935).
- GUILLAN. — Considérations sur les hématomes et les abcès de la paroi (Journal de chirurgie 1926. p. 72).
- GRANT. — Phlegmons ligneux de la paroi abdominale (Journal of. the Américan association. 1913, N° 5).
- HALPÉRIN. — Hématomes spontanés de la paroi abdominale (Liv. Gyn. and. obst. déc. 1928, p. 861-863).
- HERMANN. — Rupture et hématome du muscle grand droit de l'abdomen (Nederl. Tidpets. V. Geniesk N° 45 31 janvier 1925).
- HILGENREINER. — Hématomes spontanés de la paroi abdominale chez les vieillards (Beitr. Klein. chir., Tome 129, fas. 3 1935, p. 700-7025).
- JENTZER. — Anévrisme de l'artère épigastrique droite (Rev. Méd. suisse Romande N° 8. août 1920).
- KEMVELL. — Hématome spontané de la paroi abdominale (New-York, Soc. Médecine 1 oct. 1929. fas. 4, N° 29).
- KOLDE. — Deux cas d'hématome de la paroi abdominale (Zentral. fur. gyn. N° 52. 3 mars 1928).
- KOTZAREFF. — Rupture spontanée de l'artère épigastrique (Lyon chirur. sept. oct. 1921).
- KRASSO. — Sur la rupture spontanée des muscles abdominaux (Wien. Klin. Woch. N° 23. 9 juin 1927).

- LAROCYENNE. — Hématome spontané du muscle droit de l'abdomen. (Lyon chir. sept. oct. 1920).
- LICHTENSTEIN. — Hématome spontané du grand droit au cours de l'accouchement (Zentralbl. f. Gyn. 4 fév. 1922).
- LÆPER ET TURPIN. — Hématomes musculaires et insuffisance hépatique (Monde Médical, 15 sept. 1923).
- MERLE. — Hématome du grand droit au début de la fièvre typhoïde (Soc. Médicale d'Amiens, 4 fév. 1914).
- PATÉL. — Rupture spontanée du muscle grand droit avec hémorragie consécutive (Presse Médicale, N° 39. 12 juin 1920).
- PATEL. — Rupture spontanée du muscle grand droit avec hématocele pariétale (Lyon chirurg. N° 5 sept. oct. 1920).
- POCHHAMMER. — Hématome traumatique de la paroi abdominale antérieure (Deutsche Milit. Zeitschrift).
- POULAIN. — Hématome spontané du muscle grand droit chez les hépatiques (Thèse Paris 1924).
- VON RENNER. — Un cas d'hématome spontané de la paroi abdominale à l'âge avancé (Zentralbl. f. chir. t. 51. N° 10 mars 1924 p. 380).
- RICHE, FAGOT ET SOULAS. — Hématome spontané du grand droit chez un diabétique après traumatisme minime (Soc. Médicale de Montpellier, 7 mars 1934).
- SCHUMANN. — De la rupture de l'artère épigastrique (The American jour. of. obst., oct. 1919. Tome XXX, N° 4)
- SJÖKIEN. — Cas d'hématome du grand droit au cours de la grossesse. (Zentralbl. f. gyn. N° 41. 1906).
- SOURDAT ET DE BUTLER. — Hématome spontané du muscle droit de l'abdomen (Picardie Médicale. N° VIII oct. 1934).
- TAPIE. — Les hématomes leucémiques (Thèse Toulouse, 1920).
- WEHKE. — Sur les hématomes de la paroi abdominale antérieure (Acta. chirurgica Scandinavica V. 63, fas. 6, juillet 1928).
- WEITZ. — Hématomes spontanés du grand droit de l'abdomen (Deutsche Medical Woch. N° 11, 12 mars 1926).

TABLE DES MATIÈRES

I. Introduction	1
II. Rappel anatomique	5
III. Étiologie	11
IV. Pathogénie	13
V. Symptomatologie	21
VI. Diagnostic	25
VII. Évolution et pronostic	35
VIII. Traitement	37
IX. Observations inédites	39
X. Conclusion	45
XI. Bibliographie	47
